

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

126

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques LACARIN

Né le 20 Août 1912, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 10 JUIN 1941 19

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE
DANS CERTAINES FORMES
DE SYNDROMES DOULOUREUX
HÉPATO-BILIAIRES

Président : M. FIESSINGER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **LACARIN.**

Prénom : Jacques.

Date de la soutenance: _____

Numéro d'ordre: _____

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

LACARIN (Jacques). — L'auto-hémothérapie dans certaines formes de syndromes douloureux hépato-biliaires. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 51 p.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°.....)

LACARIN (Jacques). — L'auto-hémothérapie dans certaines formes de syndromes douloureux hépato-biliaires. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 51 p.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°.....)

LACARIN (Jacques). — L'auto-hémothérapie dans certaines formes de syndromes douloureux hépato-biliaires. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 51 p.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°.....)

LACARIN (Jacques). — L'auto-hémothérapie dans certaines formes de syndromes douloureux hépato-biliaires. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 51 p.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N°.....)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques LACARIN

Né le 20 Août 1912, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

L'AUTOHÉMOTHÉRAPIE
DANS CERTAINES FORMES
DE SYNDROMES DOULOUREUX
HÉPATO- BILIAIRES

Président : M. FIESSINGER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29

1942



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale ..
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie ..
 Pathologie expérimentale comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 GASTINEL.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 N...
 QUENU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 DUVOIR.

Henri BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 HARVIER.
 P.-VALLERY-RADOT.
 CATHALA.
 Robert DEBRE.

LAIGNEL-LAVASTINE

GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CADENAT.
 GOSSET.
 LENORMANT.
 MONDOR.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 LEVY-SOLAL.
 PORTES.
 MOCQUOT.
 LEVEUF.
 LOEPER.
 LEMAITRE.
 BROCC.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 DONZELOT.
 Clovis VINCENT.

N...
 DOGNON.
 GIROUD.
 HAZARD.
 JAYLE.
 JOANNON.
 OLIVIER.
 VERNE.

Clinique médicale
 Hygiène et clinique de la première enfance ..
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies
 de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
 Clinique des maladies du système nerveux
 Cliniques des maladies infectieuses
 Clinique chirurgicale
 Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique
 Clinique d'accouchements
 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-sociale

Professeurs sans chaire

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirur-	HAGUENAU	Pathologie	médi-
	gicale.			cale.	
BARIETY	Pathologie	médi-	LACOMME	Obstétrique.	
	cale.		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médi-	LAVIER	Parasitologie.	
	cale.		LELONG	Pathologie	médi-
BESANÇON Justin..	Hydrologie.			cale.	
BONNET	Bactériologie		LEMAIRE	Pathologie	expéri-
BOULIN	Pathologie	médi-		mentale.	
	cale.		LENEGRE	Pathologie	médi-
BROUET	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
BULLIARD	Histologie.		MARCHAL	Pathologie	médi-
CACHERA	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		MENEGAUX	Pathologie	chirur-
CORDIER	Anatomie.			gicale.	
COSTE	Pathologie	médi-	MOLLARET	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médi-
DELARUE	Anatomie	patholo-		cale.	
	gique.		PATEL	Pathologie	chirur-
DELAY	Pathologie	médi-		gicale.	
	cale.		PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirur-
DESGREZ (H.)	Physique.			gicale.	
DESOILLE	Médecine légale.		RENARD	Ophthalmologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RICHET	Physiologie.	
DOGNON	Physique.		SENEQUE	Pathologie	chirur-
FEVRE	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SICARD	Pathologie	chirur-
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SOULIE	Pathologie	médi-
GALLIARD	Parasitologie.			cale.	
GARCIN	Pathologie	médi-	SUREAU	Obstétrique.	
	cale.		TURPIN	Pathologie	médi-
Mlle GAUTHIER-				cale.	
VILLARS	Anatomie	patholo-	WILMOTH	Pathologie	chirur-
	gique.			gicale.	
DE GENNES	Pathologie	médi-			
	cale.				

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie	HUGUENIN	Anatomie
	gicale.		Patholo-
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		gique.
GUENIOT	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
	gicale.		Pièdelievre . . .
			Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

Mort au Champ d'Honneur

A MA MERE

*En faible témoignage de ma
profonde reconnaissance pour
son infini dévouement.*

*Avec l'expression de toute ma
tendresse et de mon immense
admiration.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR N. FIESSINGER

Professeur de Pathologie Expérimentale et Comparée
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage reconnaissant pour
le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant de présider cette
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En hommage de notre reconnaissance
et de notre profond respect.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GARRELON

Chef de Travaux Pratiques de Physiologie
à la Faculté de Médecine de Paris

(in memoriam)

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PARTURIER

Professeur d'Hépatologie à la Faculté Libre de Médecine de Lille

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a prodigué
ses précieux conseils.*

*En témoignage de notre vive
admiration et de notre respec-
tueuse affection.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. CORNIL

Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

*Dont la bienveillante sollici-
tude nous a suivi au cours de
toutes nos études médicales.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
le témoignage de notre profonde
gratitude et de notre très res-
pectueux attachement.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON.

(Saint-Antoine)

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE.

(Enfants-Malades)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER.

(Pitié)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE AUBERTIN.

(Pitié)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MOURE.

(Saint-Louis)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT.

(Saint-Louis)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

(Claude-Bernard)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

(Salpêtrière)

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE.

(Enfants-Malades)

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT.

(Beaujon)

A NOS MAITRES
DE LA FACULTE DE STRASBOURG

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUICHARD
Chef de Service à l'Hôpital Civil de Vichy

*Qui a bien voulu nous donner
son précieux enseignement.*

*En témoignage de notre pro-
fonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD
A MONSIEUR LE DOCTEUR CORNILLON
Chefs de Service à l'Hôpital Civil de Vichy

*Ils ont bien voulu mettre à
notre disposition les précieuses
ressources de leurs services.*

*Avec l'expression de notre
vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DURANTON

*Dont la bienveillance pour
nous ne s'est jamais démentie et
à qui nous devons tant de précieus
conseils.*

En témoignage de notre respectueuse affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VALLERIX

*Sa bienveillante amitié nous
est infiniment précieuse.*

*Qu'il trouve ici l'expression
de notre fidèle attachement.*

INTRODUCTION

Les succès incontestables de l'Autohémothérapie parmi les thérapeutiques anti-choc ont amené un de nos Maîtres à en rechercher les effets dans le traitement de certains syndromes douloureux hépato-vésiculaires et en particulier dans ceux auxquels il attribue une origine anaphylactique ou allergique.

Ces recherches conduisirent leur auteur à certaines variations d'application de la méthode classique, variations dont les succès nous ont paru dignes d'en préciser à la fois la technique et les indications.

Nous allons donc exposer ici une forme d'Autohémothérapie que nous croyons nouvelle, du moins dans le traitement des affections hépato-vésiculaires, et pour laquelle nous proposons le terme de *Micro Auto hémothérapie* étant entendu qu'il s'agit en effet d'injections à faibles doses d'Auto sang dans la région douloureuse.

Après avoir précisé certaines données des douleurs hépato-vésiculaires, données qui nous paraissent essentielle pour expliquer la genèse de cette méthode et décrit les syndromes auxquels elle s'adresse particulièrement, nous exposerons dans ses détails la technique que nous préconisons et à l'appui de laquelle nous apporterons un choix d'observations assez significatives.

Nous aborderons enfin un essai d'interprétation du mode d'action de cette méthode sans avoir la prétention de conclure définitivement sur un problème qui, après avoir suscité tant d'hypothèses et de travaux illustres, n'est cependant pas encore résolu de façon entièrement satisfaisante.

I

LES SYNDROMES DOULOUREUX HEPATO-BILIAIRES

Ces syndromes exprimés d'abord sous le nom de « coliques hépatiques » ont été longtemps confondus dans une même description : douleur de la région sous hépatique, paroxysmes de déchirure aiguë sur un fond de tenaillement plus sourd, accompagnée généralement de nausées, quelque fois des vomissements, avec ou sans fièvre, avec ou sans ictère. On en fit l'équivalent hépato-intestinal de la colique néphrétique, le calcul étant l'unique cause de tout le mal.

Il fallut que la chirurgie des voies biliaires démontra l'absence complète fréquente de tout calcul dans les voies biliaires de tels sujets pour que l'on individualisa une seconde forme de syndromes douloureux hépato-vésiculaires, processus infectieux sous-péritonéal ou de péritonite localisée qui est à la région sous hépatique ce que l'appendicite est à la fosse iliaque.

A ces deux syndromes classiques G. PARTURIER proposa en 1924 d'ajouter une troisième variété de crises douloureuses hépato-vésiculaires que l'on pourrait appeler : de « sensibilisation ou allergiques », dont il dit, poursuivant son parallèle, qu'elle est au système hépato-biliaire ce que l'asthme est aux voies respiratoires, ce que la migraine est au cerveau, l'urticaire à la peau.

A. — *CRISES HEPATO-VESICULAIRES DE SENSIBILISATION.*

A l'époque (1924) G. PARTURIER donna à ces crises le nom de « crises vésiculaires colloïdoclasiques » (1). L'évolution des idées sur le mécanisme du choc anaphylactique ne touche en rien la réalité du symptôme lui-même; qu'il soit dû à un conflit antigène-anticorps se déroulant dans les cellules mêmes et libérant une substance qui serait responsable des phénomènes anaphylactiques ainsi que le pensent les auteurs étrangers tels que BIELD et KRAUS, ARONSON, DOERR plutôt qu'à un « déséquilibre colloïdal entraînant la floculation de micelles éparses dans le solvant plasmatique » ainsi que le croyaient primitivement les auteurs français WIDAL, ABRAMI et P.-V. RADOT, n'empêche nullement de grouper dans un même cadre un ensemble d'affections offrant un certain nombre de caractères communs, affections se présentant souvent successivement ou même alternativement chez un même individu, à l'occasion de causes plus ou moins diverses mais ayant toujours une sorte de parenté, telles que : la migraine, l'asthme, l'eczéma, l'urticaire.

L'auteur ne demande rien d'autre que de classer parmi ces manifestations soit d'un choc anaphylactique, soit de l'allergie, une variété de crises hépato-vésiculaires présentant des caractères nettement différenciés et que nous allons exposer brièvement.

A côté des formes lithiasiques ou infectieuses il est en effet une variété de crises qui par de nombreux caractères évoque le tableau parfait du choc anaphylactique : le malade est pâle et angoissé, il présente une asthénie extrême accompagnée d'hypotension, de tels accidents ont tendance à se renouveler chez lui à la suite de cir-

(1) G. PARTURIER et MOZER. St. Médicale des Hôpitaux, 7 mars 1924; St. de Gastro entérologie, mai 1924.

constances toujours plus ou moins semblables, enfin un examen de sang révèle de la leucopénie et des troubles de la coagulation.

On peut penser qu'un foie surmené soit amené à ne plus exercer rigoureusement sa fonction antitoxique, des substances déchaînantes (albumines insuffisamment dégradées) sont alors susceptibles de passer dans la circulation et après avoir sensibilisé l'organisme dans un premier temps, de déclencher en un deuxième temps des phénomènes de choc prenant les voies biliaires extra et intra hépatiques et plus apparemment la vésicule, ou même l'ensemble hépato-biliaire, comme point d'élection de leur application.

Certes, ces crises vésiculaires pour individualisées qu'elles soient, ne présentent pas la même forme immuable chez tous les malades, elles sont soumises à de nombreuses variations individuelles faisant prédominer tel symptôme sur d'autres, mais ainsi que le précise G. PARTURIER, un fait les caractérise toujours toutes, c'est « le déséquilibre du système neuro-végétatif, lui-même lié vraisemblablement à un trouble humoral et conditionné par un syndrome hépato-endocrinien ».

Enfin, les éléments concourant à étayer cette différenciation sont les suivants :

1.) *Ces crises, au lieu de survenir sans cause apparente, sont en général précédées d'un malaise général, traduisant nettement un état de choc préalable dont on peut d'ailleurs souvent déterminer la cause.*

C'est le cas de crises survenues à la suite d'une injection de vaccin antigonococcique, d'autovaccin staphylococcique, d'ingestion de vaccins intestinaux buvables.

Au type anaphylactique nous rattachons les accidents hépato-vésiculaires consécutifs à la consommation d'épinards, de miel, ou bien après une exposition prolongée au soleil ou au froid (M.-F. WIDAL, P. ABRAMI et BRISAUD 1913) aux émotions (GARRELON, SANTENOISE, TINEL).

Enfin, particulièrement significatives nous paraissent les crises résultant de la pénétration dans le tissu cellulaire du propre sang du malade (Autohémothérapie, prise de sang difficile, ecchymoses, ventouses, etc...)

2.) *Ces crises sont en plusieurs points assimilables à des manifestations de choc.* C'est ainsi que l'on peut souvent remarquer la coexistence ou l'alternance de ces manifestations vésiculaires avec d'autres manifestations de choc telles que l'eczéma, l'urticaire, la migraine, l'asthme et constater au cours de leur évolution des modifications sanguines semblables à celles relevées au cours du choc à savoir: troubles de la coagulation, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire, raréfaction des plaquettes, variation brusque de l'indice réfractométrique du sérum (WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD).

3.) *Le déséquilibre vago-sympathique précède en général l'apparition de la douleur,* c'est du moins, et dans la mesure où l'on attribue une valeur au test du réflexe oculocardiaque, ce que nous avons pu noter dans deux cas où nous avons fait cette recherche avant, pendant et après la crise.

4.) Rien ne semble a priori empêcher la vésicule dont les relations avec le foie ont été prouvées par CARNOT, FIESSINGER, ALBOT, CAROLI qui ont montré les lésions presque constantes du tissu hépatique dans les cholestites, rien n'empêche cette vésicule d'être « *l'épine irritative* » d'un état de choc où le foie joue un grand rôle (WIDAL et ABRAMI : Fonction proteopexique du foie). Dès 1924, PARTURIER parlait des syndromes hépatovésiculaires. PAUL, ROT et VEGH ont montré les modifications histologiques et fonctionnelles du foie au cours du choc. PAVIOT a insisté sur la participation du parenchyme hépatique dans la genèse du choc et dénommé ces états « crises du foie ». SAVY reconnaît l'existence de ces états qu'il appelle « états hépato-biliaires pseudo-lithiasiques ». BRODIN enfin souligne de nombreux cas de cholestites chroniques non lithiasiques par stagnation bi-

liaire reflexe d'un spasme le plus souvent intestinal selon lui.

5.) *Enfin l'épreuve du traitement* par le succès qu'y rencontrent les méthodes de désensibilisation constitue un nouvel et dernier élément en faveur de la différenciation proposée par G. PARTURIER.

Ce déséquilibre neuro-humoral qui précède, favorise et accompagne la crise douloureuse peut être lui-même fonction d'un déséquilibre endocrinien et la relation entre les crises de coliques hépatiques et les fluctuations de la vie génitale de la femme est depuis longtemps de notion vulgaire, comme le dit G. PARTURIER quand il décrit les syndromes hépato-ovariens. D'autres dysfonctions endocriniennes comme la dysfonction thyroïdienne et surtout parathyroïdienne, l'état de spasmophilie, de contracture débordant de beaucoup le cadre biliaire faisant aux yeux de G. PARTURIER invoquer une hypoparathyroïdie pour justifier la crise douloureuse hépatobiliaire où tout le cadran supérieur abdominal droit participe au syndrome de douleur et de contracture.

Cette conception semble d'ailleurs avoir été confirmée par les heureux effets d'extraits parathyroïdiens en de tels cas.

Mais ce que nous voulons aujourd'hui démontrer ce n'est pas une telle pathogénie hormonale directe mais les phénomènes de sensibilisation considérée en général avec leur équivalent correctif de désensibilisation. Nous allons voir en effet :

1°) Que dans ces syndromes douloureux d'origine allergique il existe des zones de sensibilité.

2°) Que la thérapeutique locale agit dans ces cas.

B. — LA DOULEUR HEPATO-VESICULAIRE.

Il est classique de reconnaître à la douleur subjective vésiculaire une variation de topographie assez gran-

de. En dehors de l'aire de projection de la vésicule on peut la voir siéger assez souvent au creux épigastrique, quelquefois aussi dans la région appendiculaire ou bien même dans l'hypochondre gauche, mais c'est surtout la forme lombaire (1) qui, par sa fréquence, son diagnostic souvent délicat et l'application démonstrative qu'elle offre de notre méthode, nous est apparue comme particulièrement intéressante.

Signalée par CASTAIGNE et CHIRAY, en 1910, cette forme fut particulièrement étudiée par G. PARTURIER qui, en 1913, note son siège maximum au niveau de la deuxième vertèbre lombaire et son existence souvent solitaire ou quelquefois liée à la douleur cystique subjective tout en persistant longtemps après la disparition de cette dernière. Si cette douleur est unilatérale on peut certes la considérer comme une sorte d'irradiation de la douleur vésiculaire analogue à celle de l'épaule par exemple, mais si elle est bilatérale PARTURIER et MOSER considèrent que c'est tout l'arc réflexe en rapport avec la moelle qui entre en jeu.

De même que la douleur subjective, la douleur objective superficielle est, elle aussi, particulièrement diverse et dans sa nature: hyperesthésie ou hypoesthésie et dans son siège souvent bien différent de l'aire de projection vésiculaire.

La douleur objective profonde est, par contre, d'une constance remarquable au point que si elle fait défaut à l'examen ordinaire il importe de la rechercher en faisant placer le malade en position renversée, la tête en bas, position faisant basculer le bord antérieur du foie en haut et en arrière et dégageant l'accès des voies biliaires qui se révèlent alors douloureuses à la palpation profonde.

A ces caractères originaux de la douleur hépato-vési-

(1) G. PARTURIER. — Séméiologie hépato biliaire des lombalgies. *Revue des Maladies du Foie*, n° 6, Nov. Déc., 1939.

culaire, il convient d'associer l'action calmante remarquable exercée par la température sur ces douleurs, soit la chaleur dans les syndromes non infectieux, soit la glace dans les crises infectieuses.

Ainsi donc, il y a possibilité d'une douleur superficielle spontanée ou provoquée en un point autre que l'aire de projection de l'organe atteint et de la douleur objective profonde. D'autre part, possibilité également d'agir sur cette douleur profonde en partant de la peau.

L'idée, d'ailleurs empirique de cette thérapeutique cutanée pour agir sur des organes profonds est fort ancienne (cataplasmes, ventouses, vessies de glace, cautère) il faut remonter en 1844 à RYND pour retrouver les origines des premières injections locales d'analgésique. En France, ce fut BEHIER, vers 1859, puis DIEULAFOY qui, lui, préconisait les injections locales d'eau « propre et pure ».

Enfin, HEKIMIAN dans sa thèse en 1872 relate le premier cas de colique vésiculaire avec injection d'eau distillée au point antérieur et à la pointe de l'omoplate droite.

Mais c'est à LEMAIRE de Louvain que revient l'honneur des travaux les plus sérieux sur cette question. En 1924, cet auteur fut en effet extrêmement frappé de l'arrêt brusque d'une douleur de gravelle par simple application d'une vessie de glace, il émit l'hypothèse que seule la sensibilité cutanée avait été touchée et employa la novocaïne en précisant sa technique.

Concurremment, il importe de noter les travaux de PARTURIER et HUTET, en 1928, ceux de SICARD et LICHTWITZ, en 1929, ceux de MOUTIER et de L. CORNIL.

C'est en cherchant une thérapeutique mieux adaptée que la morphine à la variété de crises hépato-vésiculaire déjà décrites que G. PARTURIER partant de la constatation déjà citée décida d'adapter la méthode de Lemaire à ce syndrome, mais cherchant à s'adresser plus particulièrement au syndrome allergique il eut recours, après

des essais d'ailleurs assez heureux d'injection d'eau distillée, de sérum, de cocaïne, puis de Paratyroné, à l'Autohémothérapie associant ainsi le traitement de l'état de choc à celui du syndrome douloureux.

II

LA MICROAUTOHEMOTHERAPIE

Nous ne pensons pas que la microautohémothérapie ait été employée avant nous dans les crises vésiculaires (1), nous avons seulement pu relever dans la littérature dont nous disposons, des injections intradermiques d'autosérum dans le psoriasis (Marian de MIENICKI) et des intradermique d'autoserothérapie hirudinée dans le traitement de l'asthme par P. DURAND (de Courville), des injections locales de sang furent aussi pratiquées à petites doses dans le zona et autour de certains eczémas. G. PARTURIER avait observé l'insuccès d'injections de folliculine dans des crises hépatobiliaires semblant en relation avec un syndrome héptoovarien. Il émit alors l'hypothèse de la présence dans le sang d'éléments spéciaux jouant le rôle d'anticorps vis-à-vis de la folliculine et la neutralisant. Sans avoir recours à la réinjection de sang menstruel, telle que l'ont pratiquée plus tard JAHIEL et ROSEN (Société de thérapeutique, 9 novembre 1928), il employa tout d'abord d'assez fortes doses d'autohémothérapie intra-musculaire qui furent mal supportées allant jusqu'à déclencher nouvelles douleurs, il en diminua donc les doses jusqu'à un et même des fractions de centimètre cube en les injectant cette fois-ci dans la région douloureuse et en plusieurs point par voie intradermique afin d'obtenir une action plus directe sur le système neuro-végétatif.

(1) G. PARTURIER et LACARIN, Société d'Hépatologie, 6 mai 1942.

a) TECHNIQUE

La technique de LEMAIRE est, nous l'avons dit, à la base de notre méthode, nous l'avons complétée par celle de MOUTIER qui prend pour « repère essentiel les zones dysesthésiques » en se guidant par une succession de pressions superficielles et profondes de la zone douloureuse.

Ainsi que l'a précisé L. CORNIL « le siège de l'aire hyperalgésique cutanée au cours des réactions douloureuses d'origine vésiculaire se situe au-dessous du point vésiculaire, en-dedans de la ligne ombilicocystique dans le 9^e segment dorsal, c'est-à-dire en moyenne à six ou sept centimètres de l'ombilic, à cinq ou sept centimètres de la ligne médiane. »

Cette zone est ainsi moins étendue et plus précise que celle de HEAD; dans les cas un peu délicats on peut s'aider d'une pointe mousse et d'un crayon dermatographique, en procédant par piqûres longitudinales perpendiculaires à l'axe des dermatomes et en notant soigneusement les résultats.

Mais dans la technique que nous avons appliquée avec G. PARTURIER, nous pratiquons l'injection

1°) Dans la zone de projection douloureuse quelle qu'elle soit (même lombaire);

2°) Dans la zone vésiculaire.

Après ponction de la veine du pli du coude et changement de l'aiguille contre une autre plus fine, nous encadrons cette zone douloureuse de trois à quatre piqûres intra-dermiques débordant légèrement la zone d'hyperesthésie, selon la dimension de l'aire douloureuse nous pratiquons quatre, cinq intradermiques dans cette aire. En cas de crise aiguë cette séance se répète six jours de suite, entre les crises nous pratiquons également le rythme des six séances, mais en les alternant tous les deux jours et nous effectuons la dernière, intra-muscu-

laire, dans la région fessière. La dose la plus couramment employée est celle de deux centimètres cubes par séance, mais si nous soupçonnons une sensibilité toute particulière du sujet nous commençons par un demi-centimètre cube et cette dose étant quelquefois encore trop élevée nous la diluons dans cinq ou dix centimètres cubes de sérum physiologique. L'aire douloureuse n'est pas invariable, il semble même qu'elle se déplace quelques fois chez un même sujet, quel que soit le soin mis à la délimiter la veille, il convient bien entendu, de toujours la suivre fidèlement, les variations pouvant aller jusqu'à tout l'hypochondre droit.

Mais dans le cas, d'ailleurs fréquent, où il y a désaccord entre la sensibilité superficielle et la sensibilité profonde, à la pression, cette dernière nous a toujours paru un guide plus sûr.

Quelquefois même, il faudra à ce sujet, faire prendre au malade la position renversée les reins reposant sur un coussin. Enfin, nous augmentons légèrement les doses à chaque séance et pratiquons souvent une dernière injection intramusculaire de cinq centimètres cubes.

Nous pratiquons quelquefois l'infiltration des irradiations douloureuses, quoi que celles-ci cèdent d'elles-mêmes lorsque l'aire de la zone douloureuse aiguë est encadrée d'une façon suffisamment large, mais nous opérons en général ainsi en cas de douleur lombaire.

Nous avons pu constater que la voie intradermique était plus efficace contre l'élément douleur que la voie sous-cutanée que nous employons de préférence quand nous recherchons surtout le traitement de désensibilisation comme c'est le cas entre les crises. La lésion provoquée par les intradermiques d'autosang sont assez différentes des intradermiques d'autres corps, nous créons une papule d'environ un demi-centimètre de diamètre, légèrement bombée, sans réaction tissulaire à son pourtour, mais elle-même colorée à la façon d'une ecchymose et prenant successivement toutes les teintes propres à celles-ci.

En somme, technique très simple, susceptible de nombreuses variations individuelles, notamment en ce qui concerne les doses et d'une pratique très aisée.

b) OBSERVATIONS

Nous citons ici quelques observations choisies parmi les plus typiques.

OBSERVATION N° 1.

M. C., 30 ans, militaire.

Entre à l'hôpital le 8 mars 1940 pour crise hépatique.

Depuis huit mois ce malade présente de fréquentes crises douloureuses vésiculaires accompagnées de maux de tête, nausées, lourdeurs, manque de respiration, constipation opiniâtre.

Cette dernière crise offre les mêmes caractères que les précédentes, mais il faut noter en plus des vomissements, la T° est à 36°2. La région douloureuse indiquée par le malade est nettement vésiculaire, le moindre effleurement est intolérable, un certain état de contracture prédomine à son niveau et dans le premier service où il fut transporté, on lui mit une vessie de glace qui ne put être supportée.

Une piqûre de morphine pratiquée un peu plus tard est sans effet, trois heures après, nous essayons, malgré les craintes du malade, une première microautohémothérapie de un centimètre cube qui amène une détente immédiate, avec persistance cependant d'une douleur sourde de localisation moins nette. La contracture a cédé.

Une numération globulaire montre alors :

G. R. : 3.200.000 ; G. B. : 5.400 ; Temps de coagulation : 20 minutes ; Temps de saignement : 3 minutes.

Le lendemain, seconde séance qui trouve le malade plus confiant, une douleur sourde persiste mais va en s'estompant. Une numération donne alors : G. R. : 3.500.000 ; G. B. : 5.800.

Nous pratiquons ainsi cinq séances de un centimètre cube disséminé en sept à huit intradermiques, le malade revient progressivement à la normale et une sixième séance de dix centimètres cubes, cette fois-ci intra-musculaire, amène la disparition complète de la douleur. La numération est alors :

G. R. : 3.540.000 ; G. B. : 7.600.

OBSERVATION N° 2.

M. D..., plombier, 54 ans, mai 1941.

Se plaint de douleurs vésiculaires se renouvelant à plusieurs reprises au cours de l'année, n'arrêtant pas son travail, mais le gênant surtout à la marche. Cet état s'accompagne de nausées matinales, de maux de tête.

A l'examen, on note un léger subictère des conjonctives, une sensibilité extrême du point cervical supérieur droit et moindre de l'inférieur du même côté.

La vésicule est extrêmement sensible avec contracture légère de la région, hyperesthésie cutanée, le foie déborde de trois doigts.

Dès la deuxième piqûre (2 cc.) nous notons une disparition presque totale de la douleur superficielle mais persistante de la douleur au palper profond, le malade ressent de plus une sensation de bien-être qui l'enchanté.

A la sixième injection, nous pouvons constater la disparition complète de la douleur vésiculaire même au palper profond, une diminution de volume du foie qui ne débordé plus que de un doigt, disparition enfin des nausées.

Revu six mois plus tard, le malade n'a pas présenté d'autres accidents.

OBSERVATION N° 3.

Mlle B..., 25 ans, lingère. Novembre 1941.

Entre à l'hôpital pour jaunisse.

Père et mère éthyliques, décédés, elle-même très chétive dans son enfance, souffre depuis longtemps d'insuffisance hépatique et d'une grande émotivité.

Mère d'un petit garçon de deux ans et demi bien portant.

Très mal réglée.

A l'examen, nous constatons un ictère assez franc, urines foncées et troubles, grande lassitude.

Le foie déborde de deux doigts, assez sensible dans sa masse, une prédominance au point vésiculaire.

Points coelialgiques, sensibilité ovarienne droite et rénale G avec ptose. Corps thyroïde palpable, lobe droit un peu plus gros. Pas de nystagmus, ni de tremblement, ni d'exophtalmie mais émotivité extrême. Point cervical supérieur droit très sensible.

Dès la première injection d'autohémothérapie (2 cc.) la malade note une grande sensation de bien-être, diminution de sa lassitude et de son émotivité, à tel point qu'elle réclame les piqûres qu'elle refusait avant. Nous pratiquons une série de six séances de 2 cc. tous les deux jours, et constatons le relèvement progressif de l'état général de la malade, ainsi que la disparition graduelle et presque totale de la douleur hépatique. L'ictère, par contre, a persisté longtemps après la disparition des autres signes généraux.

OBSERVATION N° 4.

M. G..., 47 ans, chemisier. Avril 1941.

Présente pour la première fois une crise de colique hépatique, à la suite de la consommation d'une sauce mayonnaise.

Précédée d'un prodrome de malaise et d'anxiété, cette crise fut très intense et trois jours après empêche encore le malade de marcher normalement, il ne peut avancer qu'à petits pas.

Dès la première séance (2 cc.), atténuation considérable de la douleur vésiculaire et de la contracture. Le malade peut se tourner dans son lit et marche normalement à la quatrième séance, en même temps que les signes s'estompent suivis par la sensibilité du point sympathie cervical supérieur droit qui disparaît.

Parallèlement, sensation d'euphorie et sommeil calme.

OBSERVATION N° 5.

Mlle C..., 26 ans, institutrice. Mars 1941.

Se présente pour troubles digestifs et douleur appendiculaire.

Bien réglée. Hyperémotivité. Corps thyroïde normal, pas de tremblements.

Point sympathique cervical supérieur droit très sensible.

Douleur vésiculaire importante et foie débordant de deux doigts. Douleur appendiculaire nette mais moins intense que la douleur vésiculaire.

Nous pratiquons une série de douze séances de 2 cc. de micro-autohémothérapie dans la région hépatique qui diminue lentement de sensibilité, en même temps que les troubles digestifs s'amendent (nausées, vomissements), mais persistance de la douleur appendiculaire, nous commençons donc une autre série, mais cette fois-ci au point de Mac Burney qui perd rapidement sa sensibilité alors que la vésicule redevient douloureuse. Nous avons assisté ainsi à un véritable va-et-vient de la douleur reparaisant à un autre endroit quand on la chassait du précédent, et nous n'avons pu guérir complètement cette malade, que nous avons seulement débarrassée de ses troubles digestifs.

OBSERVATION N° 6.

M. M..., bureaucrate, 38 ans. Août 1941.

Présente de fréquents troubles digestifs, nausées et vomissements, accompagnés d'une certaine sensibilité hépatique difficilement appréciable en raison d'une cellulite importante qui rendit d'ailleurs notre méthode assez douloureuse.

Chaque injection, qui n'était pourtant que d'un demi-centimètre cube, s'accompagnait de bouffées congestives de la face et les nuits furent, paraît-il, assez agitées, cependant, le malade reconnaît une amélioration de ses troubles digestifs. Nous ne notons pas de diminution du volume hépatique qui se maintient à deux doigts. Mais le point sympathique cervical supérieur droit a perdu beaucoup de sa sensibilité.

Le malade a présenté deux récidives depuis cette date dont l'une fut traitée de la même façon avec succès.

OBSERVATION N° 7.

Mme B..., 39 ans, ménagère. Janvier 1942.

Entre à l'hôpital pour infection intestinale puis jaunisse.

Père et mère décédés de cancer.

Deux enfants de six et sept ans bien portants ainsi que son mari.

Mal réglée.

Soignée pour Basedow depuis son dernier accouchement.

A toujours des digestions difficiles, une grande émotivité.

Le jour de son entrée, douleurs généralisées à tout l'abdomen. T° 40°. Lavages et purgations, retour à la normale en trois jours, mais apparition alors d'un ictère typique. Foie: trois doigts et très douloureux. Pouls 60. T° 39°. Thyroïde non palpable, pas de tremblement mais léger nystagmus transversal.

Sensibilité appendiculaire, ptose rénale droite, parois abdominale flasque, points coelialgiques

Une cure de six séances de microautohémothérapie est instituée à raison de une tous les trois jours de 2 cc.

Dès la première injection, sensation de bien-être remarquable, le foie diminue peu à peu de volume pour ne plus déborder que d'un doigt en même temps que la vésicule devient insensible.

La malade est moins nerveuse, dort mieux et réclame une autre série.

L'ictère a persisté un certain temps.

OBSERVATION N° 8.

M. C..., 72 ans. Mars 1941.

Ce malade a présenté une jaunisse classique sans cause notable. Traité très précocement par microautohémothérapie à dose journalière de 1 cc., il présente une grande amélioration dès le sixième jour, l'appétit revient, l'asthénie disparaît, les matières se recoloient mais persistance d'insomnies qui cèdent à une deuxième série de 0,5 cc. cette fois-ci.

OBSERVATION N° 9.

Mme G..., 38 ans.

Présente plusieurs fois par an des coliques hépatiques extrêmement douloureuses de forme plutôt lithiasiques bien que les radios n'aient jamais montré de calcul.

C'est à la suite d'une de ces crises qu'elle entre à l'hôpital ayant perdu connaissance en raison de l'intensité de cette douleur.

Nous nous trouvons en face d'une malade pâle, angoissée, ne répondant pas aux questions, préoccupée uniquement de sa douleur et se refusant à tout examen, le pouls est petit et rapide, nous avons le plus grand mal à déterminer une douleur nettement vésiculaire avec contractures. La malade avait diagnostiqué sa crise à son entrée en souvenir des précédentes. Dès les premières intradermiques, nous sommes frappés de la détente qui s'établit chez cette malade, avec relèvement rapide de l'état général et atténuation importante de la douleur.

Une série de six séances de 2 cc. confirme ce résultat, la malade vint, par la suite, se faire effectuer une nouvelle série, se sentant à nouveau en instance d'une autre crise qui ne se produisit pas.

OBSERVATION N° 10.

Mme D..., 64 ans.

Est habituée à de fréquentes « crises de foie » survenant à la suite de l'ingestion de certains produits : œufs, épinards, haricots verts. Ses crises sont précédées de prodromes anxieux, s'accompagnant d'angoisse et d'abattement, disparaissant lentement. En résumé, crises hépatobiliaires de type anaphylactique fort net avec foie ayant augmenté de volume. Une première microautohémothérapie de 2 cc. est suivie d'une aggravation nette des symptômes et d'une courbature généralisée à tout le corps. Il faut une grande insistance pour obtenir une seconde séance le lendemain, nous injectons cette fois-ci un demi-centimètre cube et le soulagement s'établit en quelques minutes. Le foie commença à diminuer de volume après la quatrième séance.

OBSERVATION N° 11.

Mlle B. R..., dactylo, 48 ans.

Ménopause ayant débuté il y a deux ans. Opérée l'année dernière d'un cancer du sein droit.

Grande maigreur, ptose rénale droite, point coelialgiques, point sympathique cervical supérieur droit très douloureux. Présente très souvent des crises d'asthme, les digestions sont difficiles, l'asthénie est considérable. Poids: 43 kg. 800.

On constate un léger subictère, œdème des paupières, foie très sensible débordant de trois doigts, vésicule douloureuse.

Une numération pratiquée alors montre:

G. R.: 4.100.000; G. B.: 4.800; Eosinophiles: 7 %.

Une série de microautohémothérapie est pratiquée, le chiffre important d'éosinophiles nous fait commencer par un demi-centimètre cube à la suite duquel la malade présente une défaillance et un malaise général qui persiste toute la journée, le traitement n'est pas poursuivi. Revue un mois après, la malade se plaint de violentes migraines, le foie déborde toujours de trois doigts et est sensible dans toute sa masse, les troubles digestifs se sont accentués.

Nous pratiquons une nouvelle tentative d'autohémothérapie en diluant 1 cc. dans 10 cc. de sérum isotonique et en injectant 2 cc. de la solution. Cet essai est, cette fois-ci, fort bien supporté et nous faisons une série de huit séances à la suite desquelles le foie avait considérablement diminué de volume et de sensibilité en même temps que les troubles digestifs disparaissaient ainsi que les migraines.

Afin de contrôler l'efficacité des doses nous avons pratiqué deux numérations, l'une avant la piqûre qui donna:

G.R.: 3.250.000; G.B.: 2.800.

L'autre après:

G.R.: 3.910.000; G.B.: 3.200.

OBSERVATION N° 12.

M. S..., 43 ans, employé de commerce.

Se plaint de maigrir de plus en plus et de digestions pénibles.

L'examen montre une ptose abdominale importante, un foie débordant de trois doigts, une vésicule très sensible, un point cervical supérieur droit également douloureux. Rapidement à la suite d'une série de microautohémothérapie, les digestions se normalisent, la vésicule perd sa sensibilité et le foie diminue de volume.

En quinze jours, la malade a grossi de 1 kg. 500.

OBSERVATION N° 13.

Mme G. T..., 35 ans.

A présenté de nombreuses crises d'asthme depuis son enfance, sans pouvoir déterminer de cause précise.

En août 1941, à la suite d'une recrudescence de ses crises d'asthme, a subi une série d'autohémothérapie intra-musculaire de 10 puis 20 centimètres cubes. Le résultat fut remarquable en ce qui concerne l'asthme dont les crises cessèrent brusquement, mais par contre, on vit s'établir progressivement une sensibilité vésiculaire et une congestion hépatique qui ne tardèrent pas à se signaler par des vertiges et des troubles digestifs. Une série de microautohémothérapie est alors pratiquée (2 cc.) dans la région vésiculaire. Dès la cinquième séance, les douleurs vésiculaires ont complètement disparu et le foie a diminué de volume en même temps que la malade ressent un « mieux-être » dont elle est fort satisfaite. Mais en même temps, semble bien se dessiner un réveil de l'asthme qui se traduit par de légers accès dyspnéiques le matin et pour lesquels nous cessons le traitement.

Numération. *Avant*:

G.R.: 3.780.000; G.B.: 3.800; Eosinoph.: 27 %.

Numération. *Après*:

G.R.: 3.920.000; G.B.: 4.600.

OBSERVATION N° 14.

M. L..., 28 ans, bureaucrate.

Souffre d'eczéma depuis l'âge de 20 ans.

Première atteinte à l'aisselle droite puis gauche, conduit auditif externe droit et gauche, sillons retro auriculaires.

Cet eczéma évolue par poussées en rapport le plus souvent avec l'alimentation : fraises, poissons, radis, bière, vin.

Dans ses antécédents, on note une grippe infectieuse grave et à l'âge de treize ans, un œdème de Quincke de la verge n'ayant duré qu'un jour, mais de cause inconnue.

A ce tableau s'ajoutent des digestions difficiles, une fatiguabilité rapide, impossibilité d'un effort intellectuel prolongé, une étourderie catastrophique au dire du malade. TA. : 12,5-7,5. Un dosage de cholestérol pratiqué il y a cinq ans, donna 2,70 puis 2,30.

A l'examen, en dehors des lésions cutanées qui semblent très vives, nous notons un foie légèrement débordant mais peu sensible, un rein droit ptosé, un point cervical supérieur droit par contre nettement douloureux, un corps thyroïde palpable.

L'œdème de Quincke nous incitant à une certaine prudence, nous commençons par un quart de centimètre cube, puis un demi et enfin 1 cc. d'autosang.

Dès les premières séances, les lésions cutanées s'améliorent mais en même temps que nous accroissons les doses, le malade se plaint d'une certaine anxiété qui disparaît en les diminuant. Finalement, la série est bien supportée et le malade constate, peu à peu, une sensation euphorique très nette en même temps que ses facultés d'attention s'accroissent. Le point cervical supérieur droit est moins douloureux. Quant aux lésions d'eczéma, elles semblent, du moins en un point, en voie de complète disparition.

OBSERVATION N° 15.

Mme Br..., 36 ans. Juin 1941.

Réglée à 15 ans, règles insuffisantes. Une fille de 17 ans. Souffre du foie depuis son accouchement et des reins depuis onze ans. A l'examen, le foie déborde de un doigt, vésicule très sensible,

point appendiculaire net (appendicectomie il y a onze ans). Dès la troisième injection de 2 cc., les troubles digestifs se sont considérablement amendés en particulier les nausées matinales, la vésicule a perdu toute sensibilité alors que le point appendiculaire persiste.

OBSERVATION N° 16.

Mlle M..., cuisinière, 36 ans.

. Jaunisse à 8 ans. Règles insuffisantes.

Souffre depuis dix ans de crises de vomissements de bile, douleur intense de la région vésiculaire avec contracture locale, violents maux de tête.

Ces accidents surviennent le plus souvent après consommation de crudités, ou bien à la suite d'un froid. Traitée d'abord par des injections locales de morphines puis de cocaïne, c'est la micro-autohémothérapie qui lui a apporté le soulagement le plus durable. Traitée périodiquement, pas de nouvelles séries (une tous les six mois), les vomissements ont cessés complètement, des maux de tête persistent encore de temps en temps et la région vésiculaire encore sensible au palper profond ne présente plus ses grandes crises douloureuses.

c) RESULTATS

Nous avons été frappés au cours de notre application de cette méthode par les faits suivants: *

La disparition rapide de l'élément douleur aiguë dès la première injection intradermique.

La disparition parallèle de la contracture abdominale.

La disparition de l'hyperesthésie locale aux environs de la deuxième ou troisième séance en même temps que celle des irradiations.

La disparition plus lente mais cependant tout de

même accélérée de la douleur au palper profond (vers la cinquième ou sixième séance).

La diminution de volume hépatique que nous avons observée de façon quasi constante.

La diminution de sensibilité du point sympathique cervical supérieur droit qui reste cependant sensible le dernier.

Un état de bien-être et d'euphorie presque constant et indiqué par le malade (sans y être invité) dès la première injection.

Un sommeil calme et reposant s'instaure en général même dans les cas où la douleur n'était pas aiguë.

Enfin une modification de la formule sanguine, remarquable même aux petites doses et portant sur une augmentation des globules blancs, ceci en l'espace d'une demi-heure avant et après la piqure.

On peut remarquer de plus que ces observations ont trait à des formes allergiques, on peut remarquer aussi les résultats de l'autohémothérapie dans sa forme minime que l'on peut appeler microautohémothérapie. Nous nous sommes posés la question de savoir si telle ou telle forme n'appelle pas davantage la thérapeutique par microautohémothérapie, nous avons souvent noté une dysfonction thyroïdienne et ovarienne mais étant donné la fréquence de cette dysfonction chez les malades, présentant le syndrome allergique, il paraît difficile de tirer une conclusion d'autant plus qu'ayant eu l'idée d'injecter de la folliculine en même temps que le sang, nous avons cru observer une accentuation sinon des symptômes du moins une réceptivité plus grande des malades au prolongement et à la répétition des crises.

Tous les états de sensibilisation enfin tels que : migraines, eczéma, asthme dont les relations nous ont paru en rapport direct avec une dysfonction hépatique pure ou hépatoendocrinienne nous semblent par ailleurs justiciables de cette méthode.

Quels en sont les inconvénients ? Les rares cas d'in-

succès vinrent surtout d'une appréciation défectueuse des doses et ils furent faciles à corriger. Notons cependant qu'une fois nous avons chassé la douleur d'un point vers un autre (observation n° 5) et qu'une autre fois, faisant disparaître un symptôme allergique on en vit apparaître un autre (observation n° 13).

Dans les autres syndromes douloureux hépatobiliaires, c'est-à-dire ceux ayant trait à une lithiasé ou à une infection, les résultats furent moins bons en ce sens que la microautohémothérapie a une action sur la douleur moins rapide et moins complète que la morphine, la cocaïne et la paratyrone, ces produits gardant toutes leurs indications dans ces cas purs.

Tels sont les faits que nous avons pu observer en toute objectivité au cours de notre pratique de cette méthode, ils sont de nature à en conseiller l'emploi dans le cadre des remarques que nous venons de faire. Pour en légitimer pleinement la confiance il faudrait trouver une explication rationnelle à son mode d'action et dans une certaine mesure la contrôler physiologiquement. De nombreuses hypothèses séduisantes peuvent être émises, nous allons maintenant les passer en revue, mais en ne pouvant cependant pas établir des bases suffisantes pour une affirmation.

III

MODE D'ACTION

Si nous décomposons notre méthode en ses éléments, nous constatons qu'elle peut agir pour diverses raisons, les principales étant : la piqûre simple, la distension causée par l'injection locale, l'autohémothérapie enfin, cette dernière soulevant elle-même plusieurs hypothèses.

a) La piqûre.

Sans faire intervenir la méthode chinoise de l'acupuncture que nous connaissons mal, la simple piqûre semble bien avoir été capable de donner une accalmie à des douleurs hépato-vésiculaires, et ceci d'autant plus que le nombre des piqûres était plus grand et que ces piqûres étaient plus superficielles; mais de l'avis même de G. PARTURIER qui en fit avec SZTROSBERG l'essai, l'atténuation n'excède guère quelques minutes.

b) La distension provoquée par l'injection locale.

Est aussi de nature à calmer la douleur, nous avons déjà cité les heureux résultats obtenus par les injections de simple eau distillée, de sérum, de cocaïne et de paratyrone. Le mécanisme de leur action a reçu des interprétations diverses.

LEMAIRE pense que la novocaïne injectée dans le derme monte le long du nerf à la manière d'une toxine neurotrope, et atteignant le ganglion rachidien, interrompt la conduction de l'incitation douloureuse. Conception qui n'explique pas l'action des intradermiques d'eau distillée.

VERGER y apporte la modification suivante : les corpuscules vasculaires dilatés sont capables d'irriter les terminaisons nerveuses périphériques, l'anesthésie agit sur les fibres périphériques, en les empêchant de ressentir l'irritation due à l'engorgement vasculaire. JARRICOT et PAVIOT attribuent, eux, un grand rôle à l'engorgement vasculaire qui disparaît par un mécanisme qui leur échappe.

SICARD et LICHTWITZ pensent qu'il faut chercher autre chose que l'effet anesthésique, car il ne persiste pas longtemps, et émettent l'hypothèse que l'infiltration rompt les vaisseaux du derme, inhibant le centre latéro-médullaire en interrompant la voie sensitive viscéro-méduolocorticale. Y a-t-il un choc cutané déterminant une claspé dans l'articulation dermique sympatho-cérébro-spinale, la peau étant, non seulement au point de vue embryologique, mais aussi au point de vue clinique, une dépendance du système nerveux, ou bien plutôt s'agit-il d'un véritable choc humoral, déterminant des modifications vaso-motrices de la moelle par ébranlement végétatif ?

Quoi qu'il en soit, il importe de retenir l'action des intradermiques locales comme sinon suffisante mais du moins essentielle, et cette action met en relief le rôle capital du derme dans le traitement des viscéralgies.

Par quel mécanisme le derme est-il appelé à jouer un tel rôle dans le traitement de la douleur ? Des travaux fort intéressants ont abouti à ce sujet à des hypothèses difficiles à contrôler rigoureusement, hypothèses portant spécialement sur la genèse même de la douleur.

Pour LENNANDER, les viscères innervés par le système nerveux végétatif sont insensibles; s'ils sont douloureux, c'est parce qu'ils empruntent la voie de la sensibilité de relation au niveau des séreuses pariétales; c'est ainsi que la vésicule tuméfiée est douloureuse parce qu'elle comprime la séreuse pariétale antérieure.

Pour ROSS, HEAD et MACKENSIE, l'origine de la dou-

leur est une « incitation adéquate » du viscère, cette incitation étant en premier chef la distension et accessoirement le spasme, l'ischémie ou l'inflammation. Ayant noté le décalage entre la projection cutanée des viscères et le siège des douleurs, ces auteurs ont émis l'hypothèse de la transmission de cette douleur le long du sympathique, ébranlé par l'incitation adéquate, jusqu'au segment médullaire correspondant où elle se réfléchit sur les voies sensibles de la relation pour gagner la conscience (MACKENSIE). Le malade rapporte la douleur à la périphérie et non à l'organe, ce sont là les correspondances métamériques de HEAD, selon lesquelles chaque viscère tient sous sa dépendance un dermatome donné, c'est-à-dire un segment cutané correspondant au segment vertébral ayant servi de relai. Ross divise donc la douleur viscérale en douleur splanchnique jusqu'à la moelle, puis en douleur somatique, qui est la douleur rapportée.

LICHTWITZ en déduit les conséquences suivantes en ce qui concerne les douleurs hépato-vésiculaires : l'incitation adéquate serait due à la distension (HARTMANN et CHIRAY) soit de la vésicule, soit, plus probablement des canaux hépatiques et cholédociens, ainsi que tendent à le prouver les expériences de GUBERGRITZ, ISTSCHENKO et GOLDSTEIN, en dilatant avec de l'eau l'ampoule de Vater, le cholédoque et l'hépatique. Cette incitation adéquate est transmise vraisemblablement par le sympathique et le pneumogastrique droit, bien que pour TRIPIER et PAVIOT, elle serait due à une péritonite sous-hépatique. Les réactions dermiques s'observent au niveau des métamères correspondant à D8 et D9, quelquefois D6 et D7 et même D10-D11, quand il y a péritonite de voisinage (LEMAIRE). C'est ce que PAVIOT appelle les dermalgies réflexes, et si, comme le souligne JARRICOT, « chaque organe viscéral semble capable de retentir sur le fonctionnement d'une zone du derme qui lui est propre, par contre la réciprocité du phénomène existe. »

Tel sont les éléments que l'on peut discerner pour légitimer les résultats des injections intradermiques loca-

les; nous avons vu que ces résultats sont inférieurs dans la variété du syndrome qui nous intéresse à ceux de la même méthode appliquée avec de l'autosang, et ceci nous amène à examiner maintenant le rôle de l'autohémothérapie.

c). L'Autohémothérapie

Nous avons déjà dit quelle place de choix cette thérapeutique occupe dans le traitement des chocs, chocs qu'elle est capable de déterminer à l'état réduit. Les interprétations sont nombreuses de la façon dont elle agit. Pour les uns, le grand rôle revient à l'histamine, pour d'autres, c'est au contraire à la formation d'anti-corps qu'il faut attribuer ses succès; nous allons voir dans le détail ces deux hypothèses, ainsi que celle ayant trait à la formation d'une antihormone.

1°) HISTAMINE

De toutes les hypothèses émises sur la façon dont agit l'autohémothérapie, celle qui fait entrer en jeu l'histamine est probablement la plus séduisante et aussi celle qui paraît reposer sur le contrôle de laboratoire le plus sérieux. Si l'on considère par ailleurs l'efficacité certaine des méthodes d'injection intradermique d'histamine dans un grand nombre d'algies, on comprendra à quel point nous avons pu être tentés d'y voir la cause certaine de nos succès.

En effet, ainsi que le rappellent N. FIESSINGER et GAJDOS (1) « La substance libérée au cours du choc anaphylactique et capable de reproduire ce choc lors de l'injection à un animal non sensibilisé est cliniquement et pharmacologiquement identique à l'histamine. »

(1) N. FIESSINGER et GAJDOS, *Histamine et Urticaire*. Vigot, Paris, 1937.

A. JACQUELIN a pu constater au cours de la crise d'asthme une augmentation de l'histaminémie et apparition d'une histaminurie, alors que STORM, VAN LEEUWEN et ZEUDNER ont extrait du sang d'asthmatique et d'urticarien des substances ayant les réactions biologiques de l'histamine. DZSINICH a mis en évidence la libération d'histamine lors du conflit antigène anti-corps, histamine capable de déterminer les symptômes des maladies allergiques, d'où la possibilité de désensibiliser par des doses minimes.

N. FIESSINGER et GAJDOS qui ont pratiqué l'ionisation histaminique comme vaccination de l'urticaire vrai estiment qu'une défaillance fugace du foie laisse passer une dose suffisante d'histamine alimentaire pour allergiser l'organisme; l'organisme devenu sensible réagit à l'histamine d'origine endogène ou exogène par des phénomènes cliniques d'hyperergie. Ayant une fois déterminé un œdème de Quincke par cette méthode, les auteurs concluent: « L'efficacité de l'histaminothérapie dans les différentes maladies hyperergiques, la désensibilisation qu'elle détermine et enfin la transformation d'un symptôme hyperergique dans un autre, observée parfois au cours de ce traitement, prouvent suffisamment qu'il est dirigé contre l'hyperergie même. »

Mais l'histaminothérapie n'a pas été la seule explication donnée à l'action de l'autohémothérapie, il est une autre hypothèse qui compte de nombreux partisans, c'est celle des anti-corps.

2°) ANTICORPS

V. LONGO, observant les bons résultats obtenus par l'autohémothérapie dans les hémorragies cérébrales, reconnaît l'effet hypotenseur de l'histamine, mais attribue surtout l'action à des phénomènes d'immunisation produits par l'introduction dans la circulation de la substance hypertensive qui existe normalement dans le sang

des hypertendus et qui déclenche alors la formation d'anticorps. MORHARDT, rappelant l'expérience de LUBARSH, montre que les globulines du sang sont fortement augmentées par injection de ce sang, et on sait leur rôle dans la formation d'anti-corps. Enfin, d'après F. SHURER, l'autohémothérapie élève la fraction histiocytaire des éléments figurés, augmente le pouvoir de fixation du système réticulo-endothélial.

La théorie des anticorps n'est d'ailleurs pas en opposition avec celle de l'histamine, puisque DZSINICH prétend que celle-ci naît du conflit antigène-anticorps, mais elle nous amène à une autre théorie, hormonale celle-ci :

3°) THEORIE HORMONALE

G. PARTURIER, qui a spécialement attiré l'attention sur les syndromes hépato-endocriniens, supposa un moment, nous l'avons dit, devant le succès de l'autohémothérapie à petite dose dans certaines crises douloureuses hépato-vésiculaires en relation avec un déséquilibre ovarien, que le sang réinjecté contenait un anticorps susceptible de neutraliser la folliculine circulante, la folliculine pure ayant déterminé une aggravation des symptômes lors d'un essai d'injection. Plus tard, JAHIEL et ROSEN réinjectèrent du sang des règles, tandis que des auteurs comme, d'une part M. CHIRAY, H. MASCHAS et H. MOLLARD, d'autre part ABRAMI, D'ALSACE et WALLICH attribuaient une grande importance aux syndromes hépato-ovariens, ces derniers auteurs préconisant l'autohémothérapie dans les troubles de la vie génitale de la femme. L'anticorps en question est-il une antihormone ? Nous ne saurions émettre à ce sujet qu'une présomption.

Telles sont les hypothèses dominantes dans l'interprétation du mode d'action de l'autohémothérapie ; il est vraisemblable que ce mode n'est pas un mais multiple, chacun d'eux agissant plus particulièrement dans tel ou

tel cas; en ce qui concerne l'action sur les syndromes hépato-biliaires allergiques, nous reconnaissons son rôle antichoc contrôlé dans de nombreuses autres affections du même ordre, mais nous ne saurions préciser le mécanisme même de ce rôle.

L'autohémothérapie est-elle seule à agir dans notre méthode ? Employée selon la technique classique aux doses habituelles de 5 ou 10 cc., elle a déterminé le plus souvent, comme nous l'avons dit, l'exacerbation des symptômes, montrant bien l'importance des petits chocs tels que nous pouvons les produire en injectant des doses minimales, mais ces mêmes doses minimes injectées en intramusculaires ou loin de la zone sensible se sont révélées comme moins efficaces en particulier sur l'élément douloureux.

Nous venons de décomposer la microautohémothérapie en chacun de ses éléments essentiels; nous avons vu que chacun d'eux, pris séparément, est capable d'avoir une action, mais une action toujours inférieure à celle obtenue par la méthode prise dans son ensemble.

CONCLUSIONS

De notre travail technique, comme de nos observations et de nos lectures, il nous semble possible de dégager certaines conclusions :

1°) La nature allergique ou anaphylactique de nombreux syndromes douloureux hépato-vésiculaires, syndromes qui ne sont pas nécessairement purs, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'associer à un substratum lithiasique ou infectieux, mais où prédomine toujours un état de choc en relation avec une perturbation humorale associée à un déséquilibre vago-sympathique d'origine souvent endocrinienne.

2°) L'efficacité certaine des injections locales d'auto-sang à petites doses dans ces syndromes ; efficacité d'autant plus grande que l'état de choc semble être le plus en cause dans la genèse de la douleur.

3°) L'utilité de respecter les règles principales de notre technique, leur dissociation exposant à des résultats que nous avons toujours constatés comme inférieurs, signalant à ce sujet l'opposition saisissante entre le danger d'un déclenchement douloureux par une grosse dose alors qu'une dose minime obtiendra une désensibilisation, ce résultat semblant rejoindre ceux de LEVADITI pour les ingestions alimentaires : déclenchement par une grosse dose, désensibilisation par une petite.

4°) L'impossibilité où nous nous trouvons encore de définir exactement le mode d'action de cette méthode, chaque interprétation ayant peut-être une part dans son efficacité.

5°) Enfin notre préférence pour la voie sous-cutanée lorsqu'il s'agit essentiellement de traiter l'état de sensibilisation, réservant la voie intra-dermique quand il faut lutter également contre la douleur.

Avant de terminer, il importe enfin de préciser que la prédisposition à l'instabilité sympathique et humorale pouvant être dominée par un déséquilibre endocrinien, tout en instituant le traitement de microautohémothérapie, nous ne négligerons pas, bien entendu, une thérapeutique visant à la régularisation des fonctions endocriniennes, spécialement celle concernant les parathyroïdes, pour combattre la tendance à la spasmophilie, ou bien les thyroïdes et les gonades, et enfin, dominant le tout, la thérapeutique hypophysaire.

Nous avons voulu, avant tout, signaler des faits et si nous avons tenté de leur donner une interprétation, c'est davantage par discipline d'esprit que par prétention de les expliquer.

Nous n'ignorons pas tout le danger qu'il y a à raisonner d'effets à cause, nous nous en gardons, laissant à d'autres le soin de trouver dans nos résultats la justification de telles ou telles de leurs conceptions.

Notre but essentiel a été d'exposer une thérapeutique nouvelle dans cette application, qui nous est toujours apparue comme efficace, et dont la pratique est particulièrement aisée.

Vu:
Le Doyen,
BAUDOUIN

Vu:
Le Président de Thèse,
N. FIESSINGER

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI, DALSACE (J.), WALLICH (R.). — Applications nouvelles de l'autohémothérapie au cours de la vie génitale de la femme. (*Presse Médicale*, 12 mai 1937).
- ACHITOUV (E.). — Aperçu sur les indications de l'autohémothérapie. (*Presse Médicale*, 15 décembre 1934).
- BENITTE (A.). — Contribution à l'étude de l'état humoral dans les cellulies. (*Thèse de Lyon* 1933).
- BRODIN (P.), AUBIN (A.) et TAVEAU (P.). — Les cholécystites chroniques non lithiasiques. (*Presse Médicale*, 20 avril 1942).
- CHIRAY (M.), MOLLARD (M.), MASCHAS (H.) et KIPFER (M.). — Endocrinoses et poussées endocriniennes. (*Presse Médicale*, 10 septembre 1941).
- CHIRAY (M.), MASCHAS (H.), et MOLLARD (H.). — Les perturbations endocriniennes dans les spasmes vésiculaires et gastro-intestinaux. (*Presse Médicale*, 13 août 1941).
- CORNIL (L.). — L'aire cutanée abdominale hyperalgésique dans les réactions lithiasiques et infectieuses vésiculaires. (*Congrès de la lithiase biliaire*, Vichy 1932).
- L'aire cutanée abdominale hyperalgésique dans les réactions lithiasiques infectieuses et spasmodiques de la vésicule biliaire. (*Presse Médicale*, 10 décembre 1941).
- CORNIL et THOMAS. — La douleur provoquée. (*Progrès Médical*, 1931, p. 337).
- DESGEORGES (P.). — Colites, colibacillooses et troubles endocrino-sympathiques. (*Revue de Médecine*, Janvier 1933).
- DURAND (P.) (Courville). — Essai de traitement de l'asthme par « l'auto-sérothérapie hirudinée intradermique ». (*Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux Libres*, 4 juin 1941);

A propos de « l'autosérothérapie hirudinée intra-dermique prétrachéale. (*Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres*, 3 septembre 1941).

FIESSINGER (N.) et GZJDOS (A.). — Urticaire et histamine. Vigot Paris 1937.

GIEHM (G.). — L'autohémothérapie dans les dépressions nerveuses. (*Medizinische Klinik*, T. XXX, n° 24, 15 juin 1934, in : *Presse Médicale*, 12 décembre 1934).

HUTET (G.). — L'anesthésie locale intra-dermique dans les syndromes douloureux vésiculaires. Sa physiologie. (*Thèse de Lyon*, 1929).

JAHIEL. — Sur une cause de séquelles hépatiques après les opérations sur la vésicule biliaire. Sensibilisation du foie. Réactions hépatiques d'origine endocriniennes. (*Presse Médicale*, 1^{er} mars 1933, n° 17, 331).

JAHIEL et ROSEN. — *Société de thérapeutique*, 8 juin 1938.

JARRICOT (H.). — Viscéralgies, cellulalgies, dermalgies réflexes. (*Thèse Lyon* 1933).

LE CALVE (J.). — Considérations sur les rhumatismes et leur traitement. Autohémothérapie. (*Presse Médicale*, 6 octobre 1937).

LEMAIRE. — Recherches cliniques sur le mode de perception des douleurs viscérales. (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, février 1926).

— L'aire douloureuse des viscéropathies. (*Revue belge des sciences médicales*, janvier 1929, n° 1).

LERICHE (R.). — Recherches et réflexions cliniques sur la douleur. (*Presse Médicale*, 1931, n° 1).

LICHTWITZ (A.). — Les algies viscérales. Etudes pathogéniques et thérapeutiques. (*Thèse de Paris*, 1929).

LICHTWITZ. — Traitement des douleurs viscérales par les thérapeutiques dermiques. (*Bulletin Médical*, 1930, p. 70).

LITZNER. — Observations personnelles sur l'emploi de l'auto-hémothérapie irradiée d'après les techniques de HAVLICEK. (*Munch. Mediz. Wochens.*, t. 85, n° 8, 25-2-38; In : *Presse Médicale*, n° 82, 12 octobre 1938, p. 155).

- LOEPER, LEMAIRE et TAUZIN. — Action expérimentale des hormones femelles sur la bile et sur l'intestin. (*C. R. Soc. Biol.*, 1934, p. 116, 482).
- LONGO (V.). — Action hypertensive de l'autohémothérapie. (*La clinica italiana* an 68, n° 12, décembre 1937; In : *Presse Médicale*, 12 octobre 1938).
- MARANON (G.). — Indications et contre-indications des hormones génitales. (*Paris Médical*, 20-27 avril 1940, 193-203).
- MORHARDT (P.-E.). — L'autohémothérapie. (*Presse Médicale*, n° 63, 15 août 1934).
- MARIAN DE MIENICKI. — De l'effet de l'auto-sérum introduit par voie intra-dermique sur le psoriasis. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 7^e série, t. 40, n° 12, 1939-1940, p. 1.054-1.063).
- MOUTIER. — L'anesthésie locale par injections intra-dermiques dans le traitement des périviscérites douloureuses ou hémétisantes. (*Arch. des Maladies de l'appareil digestif et des Maladies de la Nutrition*, 1930, p. 972; *Société de gastro-entérologie de Paris*, 7 juillet 1930).
- ORENSTEIN. — Contribution à la prévention des accidents sériques de réinjection par l'autohémothérapie. (*Thèse Toulouse*, 1937).
- PARTURIER (G.) et MOZER. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 7 mars 1924; *Société de Gastro-Entérologie*, mai 1924).
- PARTURIER (G.). — Séméiologie biliaire. Doin éditeur, Paris 1926.
- Les injections calmantes locales dans les syndromes vésiculaires douloureux aigus. (*Société de Gastro-Entérologie*, 12 novembre 1928).
- Traitement des syndromes hépato-biliaires. Vigot, Paris 1931.
- PARTURIER (G.). — Les syndromes Hépato-Endocriniens, Vigot 1935.
- *Société de Thérapeutique*. Juin 1938 à Propos de la communication de MM. JAHIEL et ROSEN.
- PARTURIER (G.) et HUTET. — Syndromes Hépato-biliaires douloureux et injections locales. (*Société des Sciences Médicales de Lille*, 1938).

- PARTURIER (G.) et LACARIN. — L'autohémothérapie dans les syndromes hépato-biliaires. (*Société d'Hépathologie*, 6 mai 1942).
- PASTEUR-VALLERY-RADOT. — Traitement des migraines. (*Les thérapeutiques nouvelles*, Paris 1937).
- PAVIOT (J.) et JARRICOT (H.). — A propos des viscéralgies, les dermalgies réflexes. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1932, p. 503).
- ROBERT (A.). — Les injections de sang maternel contre les vomissements graves du nourrisson. (*Société de pédiatrie*, janvier 1930; *Journal Médical Français*, n° 5, mai 1931).
- SAVY (P.). — Traité de Thérapeutique clinique, Masson, Paris 1940.
- SICARD (J.-A.) et LICHTWITZ (A.). — Du rôle du derme dans le traitement des algies viscérales. (*Presse Médicale*, 27 avril 1929, p. 545).
- VERGER. — Sur une modification du schéma de LEMAIRE pour la conception physiologique du réflexe viscéro-sensitif de MACKENSIE. (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 27, 3 juillet 1927).
- WIDAL (F.), ABRAMI (P.) et BRISSAUD (E.). — A propos de l'utilisation thérapeutique des chocs anaphylactiques. (*Bull. et Mém., Société Médicale des Hôpitaux* III^e série, séance du 12 juin 1914, 37, 1.085-1.091).
-

